

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 avril 1883, à 1 heure.

PAR JOAN,

Né à Barlad (Roumanie), le 10 juin 1856.

DE

L'ANGINE PHLEGMONEUSE

(PHLEGMON DE L'AMYGDALE)

Président : M. HARDY, professeur.

Juges : MM. { BALL, professeur.
HALLOPEAU, RAYMOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0035

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 avril 1883, à 1 heure.

PAR JOAN,

Né à Barlad (Roumanie), le 10 juin 1856.

DE

L'ANGINE PHLEGMONEUSE

(PHLEGMON DE L'AMYGDALE)

Président : M. HARDY, professeur.

*Juges : MM. { BALL, professeur.
HALLOPEAU, RAYMOND, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARDY

Président de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Charité,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Officier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR LANCEREAUX

‡Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE

L'ANGINE PHLEGMONEUSE

(PHLEGMON DE L'AMYGDALE)



Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Hardy plusieurs cas d'angine phlegmoneuse, j'ai été frappé de la répétition des mêmes symptômes dans un ordre successif et progressif chez des malades dissemblables et par l'âge et par la constitution. J'ai pu en même temps apprécier la valeur de la médication qui fut employée contre cette inflammation aiguë de l'isthme du gosier ; cette indication uniforme, sur laquelle nous nous proposons ultérieurement d'insister, a soulagé incontestablement les malades et a donné les résultats les plus heureux dans un espace de temps que nous aurons soin de préciser dans le cours de notre travail. Bien que cette affection de la gorge soit décrite dans tous les auteurs classiques et dans tous les dictionnaires de médecine, nous avons cru qu'il ne serait pas inutile de rapporter plusieurs types d'angine phlegmoneuse, aussi parfaits que possible, et d'insister plus particulièrement sur un ensemble de symptômes qui

nous ont semblé constants ; nous avons pensé également qu'il ne serait pas superflu de relater les diverses médications auxquelles les auteurs ont eu recours dans cette affection et de préciser le traitement auquel M. le professeur Hardy a donné la préférence.

En m'inspirant des leçons, de l'enseignement de M. le professeur Hardy, je suis parvenu à entreprendre et à mener à bonne fin ce travail. Je prie donc M. Hardy d'accepter tous mes remerciements et l'assurance de ma respectueuse gratitude, pour le bien qu'il m'a fait en me permettant de suivre son service, et pour l'honneur qu'il me fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de ma thèse. Je prie M. le Dr A. Josias, chef de clinique de M. Hardy, d'accepter tous mes remerciements pour les observations qu'il a si obligeamment mises à ma disposition.

Avant d'aborder la description de cette affection, connue sous le nom d'angine phlegmoneuse, nous tenons à éluder les difficultés, à éviter toutes les confusions. Notre désir est basé précisément sur la confusion qui pourrait se produire dès l'abord, si nous ne délimitons nettement notre sujet. Le mot angine est un terme vague et, sans remonter aux temps les plus reculés où il s'appliquait à toutes les maladies des voies respiratoires, cette appellation répond aujourd'hui à une série d'inflammations différentes, aiguës ou chroniques, siégeant dans cet espace compris entre l'isthme du gosier d'une part, la partie supérieure du larynx et la partie postérieure des fosses nasales d'autre part. De là tous les adjectifs qui s'adaptent à la nature, à la forme de

l'angine et que nous nous garderons bien d'énumérer. Parmi ces angines inflammatoires aiguës, il en est une qui nous occupe plus particulièrement, l'angine phlegmoneuse, c'est-à-dire cette inflammation vive de la gorge qui aboutit à la suppuration.

L'incertitude semble réelle lorsqu'il s'agit de délimiter, de circonscrire une telle affection. La muqueuse des piliers du voile du palais, des amygdales, du voile du palais, de la luette, du pharynx, est susceptible de subir les modes les plus variables de l'inflammation, depuis la simple rougeur jusqu'à la gangrène. Un des modes moyens de l'inflammation, bien plus une des conséquences naturelles de cette dernière, la suppuration, peut s'observer, s'observe même aussi bien dans la gorge que dans l'arrière-gorge. L'angine phlegmoneuse implique naturellement la possibilité d'une inflammation diffuse de la gorge, mais susceptible de se circonscrire. Et d'ailleurs nous n'en voulons pas une preuve plus positive que celle que nous puisons dans la pluralité des traités de pathologie interne. A l'article Angine phlegmoneuse, en effet, il est question non seulement de la suppuration des amygdales, mais aussi des piliers, du pharynx, d'où les divisions d'angine tonsillaire phlegmoneuse, d'abcès rétro-pharyngiens, etc. Quoi qu'il en soit, pour nous, qui avons entrepris la tâche de décrire l'angine phlegmoneuse qui se développe tout d'abord dans l'amygdale, sans préjuger des conséquences que cette suppuration amygdalienne va déterminer, nous sommes tenté de remplacer ces termes : angine phlegmoneuse, par les suivants : abcès de l'amygdale. Néanmoins, afin de nous conformer à l'usage, nous persistons à appeler angine phlegmoneuse le phlegmon de l'amygdale, toutefois nous avons soin de rap-

procher très étroitement ces deux dénominations, afin qu'il ne subsiste aucun doute sur la délimitation de notre étude. Nous nous sentons mieux à l'aise pour aborder toutes les questions pathologiques afférentes à la suppuration des amygdales au phlegmon amygdalien.

Trousseau, dans ses cliniques, incline à la caractériser par les expressions d'angine phlegmoneuse ou d'esquinancie phlegmoneuse, qu'il préfère sans conteste à la dénomination d'agmygdalite, par cela même qu'elles ne précisent pas le siège du mal. Nous savons que le mal occupe le plus souvent, non la glande elle-même, mais le tissu cellulaire ambiant. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question du siège de l'affection.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

La bouche étant largement ouverte, on aperçoit au fond de la cavité buccale un orifice irrégulier ayant la forme d'un cintre avec pendentif central et dont les dimensions varient avec les circonstances physiologiques. Cet orifice fait communiquer la bouche avec le pharynx. Il est circonscrit en haut par la partie médiane du voile du palais, en bas par la base de la langue et sur les côtés par les piliers antérieurs du voile du palais ; c'est l'isthme du gosier physiologique ou orifice de passage, à partir duquel les aliments ne sont plus soumis à l'influence de la volonté ; il marque la limite entre les mouvements volontaires et les mouvements involontaires.

Mais, au point de vue anatomique, il peut aussi être considéré comme une véritable région et c'est ainsi que l'envi-

sagent les auteurs d'anatomie chirurgicale et topographique. Dans ces conditions, ses parties latérales deviennent presque des faces et il se présente alors sous la forme d'un cintre formé par le voile du palais et la luette ; de ce cintre partent deux piliers, l'antérieur et le postérieur ; réunis en haut dans le point où ils se confondent avec le voile, ces piliers divergent en bas pour se porter, l'antérieur sur la base de la langue, le postérieur sur la paroi postérieure du pharynx. Entre ces deux piliers existe une excavation, une sorte de fossette qui sert à loger un organe particulier, l'amygdale, dont l'importance va maintenant nous occuper et faire l'objet de notre description.

Les amygdales ou tonsilles sont deux glandes vésiculeuses représentant un ovoïde un peu aplati de dedans en dehors et dont le grand axe vertical est légèrement incliné en bas et en arrière.

Leur volume égale à peu près celui d'une amande, mais il peut subir les modifications les plus variées. Chez certains individus, en effet, les amygdales peuvent acquérir un volume énorme, déborder l'excavation amygdalienne, faire saillie dans le pharynx et rétrécir notablement l'isthme du gosier ; de là les troubles profonds du côté de l'ouïe, de la déglutition, de la phonation, de la respiration et consécutivement de la nutrition générale. Inversement les amygdales peuvent être atrophiées et on a souvent peine à les apercevoir logées entre les deux piliers.

Les amygdales sont essentiellement constituées par des follicules lymphatiques et du tissu réticulé, et toute cette masse se trouve entourée et comme bridée en dehors et en dedans par deux plans bien différents dans leur structure et leur propriété.

La face externe de l'amygdale repose sur les fibres du petit muscle amygdalo-glosse, qui la sépare du pharyngo-glosse et du constricteur supérieur du pharynx. La solidité et la consistance de ce plan musculéux nous explique le peu de tendance qu'ont les abcès de l'amygdale à se frayer une voie de ce côté. Les vaisseaux et nerfs du cou sont situés plus extérieurement à un centimètre environ en dehors de l'amygdale. Ils sont entourés d'une masse de tissu cellulaire qui forme entre la face interne de la mâchoire et le pharynx un espace prismatique et triangulaire dans lequel on trouve la carotide interne et la veine jugulaire interne séparées par le pneumogastrique : en dehors de ces troncs se montrent le grand sympathique, le grand hypoglosse, le glosso-pharyngien et le spinal.

Du côté de la cavité pharyngienne, la masse amygdalienne est recouverte par la muqueuse; cette muqueuse fait suite à celle de la bouche et se continue en bas avec la muqueuse linguale et les replis glosso-épiglottiques et aryéno-épiglottiques, si remarquables par la laxité de leur tissu et leur tendance aux infiltrations séreuses.

Vue par la bouche, cette muqueuse offre une quantité de petits orifices, de cryptes qui s'ouvrent à sa surface et pénètrent profondément dans l'épaisseur du tissu amygdalien. Une coupe perpendiculaire à sa surface donne une bonne idée des détails de structure de cet organe. On voit alors la muqueuse recouverte d'un épithélium pavimenteux et munie de ses papilles vasculaires s'enfoncer dans les dépressions et en tapisser les parois.

Mais cette muqueuse elle-même contient dans sa couche profonde du tissu réticulé et les follicules qui y sont disséminés; il en résulte que chaque cavité crypteuse repré-

sente une glande à conduit central, ayant pour paroi un épithélium pavimenteux doublé de tissu adénoïde et de follicules clos.

Groupons chacune de ces cavités à parois spéciales, unissons chacune d'elles par du tissu réticulé, et nous aurons le tissu amygdalien. Ajoutons à cette masse une capsule fibreuse enveloppante, des vaisseaux et des nerfs, et l'amygdale avec tous ses caractères est constituée.

Les artères qui se rendent à l'amygdale se terminent sur la périphérie des follicules et viennent de la pharyngienne inférieure, des palatines et de la linguale. Les veines forment en dehors de la glande un plexus désigné sous le nom de plexus tonsillaire. Enfin les nerfs sont fournis par le glosso-pharyngien. Les filets partis de cette paire nerveuse perforent l'aponévrose pharyngienne comme une sorte de crible et peuvent être suivis jusque dans la muqueuse. Quant aux lymphatiques, ils sont encore sujet à discussion, malgré les descriptions de Frey et de Schmidt.

Synonymie : tonsillarium inflammatio (Celse), angina cum tumore (Boerhaave), synanche vel cynanche tonsillaris, esquinancie tonsillaire (Sauvage, Cullen), Tonsillitis, angina tonsillaris, amygdalite aiguë, phlegmon de l'amygdale, angina phlegmosa (Peterson), esquinencie phlegmoneuse, angine phlegmoneuse, abcès de l'amygdale.

L'angine phlegmoneuse est une des formes de l'amygdalite aiguë. A côté d'elle il convient de placer l'amygdalite érythémateuse. Lorsque l'angine érythémateuse, dont la période d'accroissement est de deux à trois jours, mais dont la durée possible est de cinq à quinze jours, dépasse la période de congestion, d'hyperhémie, tarde à se résoudre, il

Il y a lieu de redouter non pas seulement une inflammation plus vive, plus intense, mais bien la suppuration.

Un grave problème se pose à notre esprit. Devons-nous considérer l'angine phlegmoneuse comme une des conséquences, ou plutôt comme une des terminaisons de l'amygdalite érythémateuse? Ne devons-nous pas, au contraire, la regarder comme le fait d'une prédisposition individuelle? Les auteurs ont exprimé sur ce sujet des opinions variées. Selon M. E. Vidal, l'angine phlegmoneuse serait un mode spécial de l'amygdalite, bien plutôt qu'une de ses terminaisons : on pourrait en effet, la distinguer dès le début de la forme érythémateuse, et la reconnaître à une rougeur plus intense, d'une teinte sombre, violacée, au gonflement œdémateux de la luette et des piliers du voile du palais, aux caractères de la douleur, sourde, gravative ou pulsative, et enfin à l'intensité des phénomènes locaux et généraux. La fièvre, toujours d'après M. E. Vidal, se révélerait quelquefois violente et s'accompagnerait de frissons irréguliers, etc... Ainsi qu'il est aisé de s'en convaincre par cette courte citation, M. E. Vidal n'hésite pas à faire de l'angine phlegmoneuse une affection spéciale, bien distincte de l'amygdalite érythémateuse, non seulement par sa marche, mais même par les allures qu'elle revêt dès le début. M. le professeur Jaccoud, dans la dernière édition de son Traité de pathologie interne, astreint la forme anatomique de l'angine à la prédisposition individuelle : cette angine restera une lésion de surface, une lésion catarrhale, si elle a, dès les premières atteintes, présenté ce caractère ; mais s'il y a eu d'abord une lésion profonde, une lésion phlegmoneuse, il y a bien des chances pour que chaque poussée nouvelle aboutisse également à la suppuration.

Hardy et Béhier, dans leur *Traité de pathologie interne*, rangent l'angine phlegmonéuse parmi les terminaisons de l'affection elle-même. Il semble nettement résulter de l'ensemble de ces opinions qu'une nouvelle angine, survenant chez le même individu, ait les plus grandes tendances à se signaler par la même succession des symptômes, par les mêmes caractères. Mais de là à affirmer sans la moindre hésitation, et dès une première atteinte, qu'une angine au début sera phlegmonéuse, il y a, à notre avis, une exagération. La période initiale de l'angine, abstraction faite du terrain sur lequel elle évolue, se signale localement par un érythème et s'annonce par des phénomènes généraux plus ou moins bruyants. Or, nous ne pensons pas que dans ces circonstances, il soit aisé de déclarer si une angine tonsillaire restera simple, c'est-à-dire érythémateuse, ou deviendra phlegmonéuse, c'est-à-dire purulente. Pour ces diverses raisons, nous nous rangeons à l'opinion de M. Hardy qui considère l'angine phlegmonéuse comme une des terminaisons de l'amygdalite.

L'amygdalite subit, à l'exemple de la pluralité des maladies aiguës, l'influence des constitutions médicales : en d'autres termes, elle se montre à l'état endémique ou épidémique. Plusieurs épidémies de ce genre se trouvent consignées dans la science. Elles ne se trouvent pas à l'abri de tous reproches, car les unes appartiennent en propre à la grippe, les autres à des fièvres éruptives anormales. Je tiens à rappeler la rougeole épidémique d'Elseneur en 1785, l'épidémie de scarlatine de Copenhague en 1777, celle de la Ciotat en 1790. A Gordon, dans le département du Lot, on signala en 1818, à l'époque de l'automne, une épidémie d'angine qui se révéla par une amygdalite simple avec ou sans fièvre,

mais se terminant le plus souvent du quatrième au cinquième jour. Cette terminaison avait lieu soit par résolution soit par abcès. C'est au D^r Mayere que revient l'honneur d'avoir décrit cette épidémie, à l'occasion de laquelle il a mentionné son début à droite, sa propagation à gauche, chez des sujets qui se trouvaient âgés de moins de dix-huit ans.

Avant de poursuivre plus loin, cet exposé, il nous importe de préciser le siège de cette angine phlegmoneuse, ou, pour nous servir de l'expression de Trousseau, de cette amygdalite phlegmoneuse.

L'amygdale, ainsi que nous l'avons rappelé dans un chapitre précédent, est un organe complexe dont toutes les parties constitutives, ne subissent pas les atteintes de l'inflammation, que celle-ci soit la première manifestation d'un état général, ou qu'elle se maintienne une affection exclusivement locale. Si nous songeons que nous avons affaire à un organe lymphoïde circonscrit par une enveloppe muqueuse, nous comprendrons facilement combien la partie centrale, où se trouvent agglomérés les follicules clos, sera moins atteinte que la partie périphérique, dont les éléments appartiennent au tissu conjonctif et au tissu glandulaire. Ces considérations nous expliquent surabondamment le pourquoi de la fréquence des abcès dans le tissu périamygdalien. C'est, en effet, au pourtour des amygdales que les abcès se développent le plus souvent en se signalant par des symptômes et des signes d'une très grande valeur diagnostique.

ÉTILOGIE. — L'angine phlegmoneuse se rencontre le plus ordinairement chez l'adulte, entre 15 et 25 ans ; on l'observe souvent de 5 à 15 ans, rarement chez les enfants à la

mamelle et chez les personnes qui ont dépassé 50 ans. Les deux sexes y sont exposés dans des proportions à peu près égales ; le sexe masculin y serait peut-être plus sujet. Le tempérament ne saurait être délaissé ; il est incontestable, en effet, que les complexions délicates, le tempérament lymphatique, la diathèse scrofuleuse y prédisposent singulièrement. Nous invoquerons aussi toutes les causes de refroidissement, l'excitation directe de l'amygdale, l'action des vapeurs irritantes, des aliments épicés, des boissons âcres, alcooliques, des corps étrangers.

Le printemps et l'automne, enfin, sont les saisons qui répondent au plus grand nombre des cas d'angine phlegmoneuse.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'angine phlegmoneuse, dont les récidives sont fréquentes, est tantôt simple ou unilatérale, tantôt double ou bilatérale.

Cette maladie débute par un léger mal de gorge, s'annonce par une sensation spéciale de douleur au moment de la déglutition, se signale par un sentiment de chaleur, de sécheresse dans l'arrière gorge. Il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois, en effet, le début se montre plus bruyant et coïncide avec une fièvre intense, des frissons, de la céphalalgie, de la courbature. Ces symptômes peuvent répondre en intensité à ceux qu'on a coutume d'observer dans la pneumonie. Dès le lendemain, la maladie se dessine réellement, se caractérise en un mot. La gorge devient le siège d'une douleur excessive que les mouvements de déglutition exagèrent ; et comme, dans ces circonstances, la salive se trouve sécrétée en plus grande abondance, le malade se trouve en proie aux douleurs les plus violentes, les plus répétées, puisqu'il est

contraint à subir parallèlement l'hypersécrétion du mucus salivaire et la fréquence des mouvements de déglutition. Parmi tous ces symptômes, il en est un, la toux, qui fatigue les malades : ceux-ci éprouvent un chatouillement désagréable au niveau de la gorge ; il leur semble qu'ils aient un corps étranger dont ils ne peuvent se débarrasser ; néanmoins cette toux laborieuse ne s'accompagne pas d'expectoration. La voix est fréquemment enrouée, nasonnée, ce qui est le fait de la paralysie du voile du palais consécutive à l'inflammation aiguë de ce voile. Cette paralysie temporaire peut être rapprochée, non sans raison de ces paralysies des muscles abdominaux ou thoraciques qui se trouvent signalées à la suite des péritonites ou des pleurésies.

L'inflammation de la gorge peut également se propager du côté du larynx et déterminer des bourdonnements pénibles dans les oreilles, voire de la surdité : ce phénomène est subordonné à l'inflammation de la muqueuse de la trompe d'Eustache. Outre tous ces symptômes, il en est que nous ne saurions laisser dans l'oubli et qui frappent l'attention du malade et du médecin : c'est la difficulté que les malades éprouvent à tourner la tête, à mouvoir le cou. De là l'explication de l'immobilité complète de la tête.

SIGNES PHYSIQUES. — La constatation de l'état des amygdales n'est pas facile, en raison de la difficulté que les malades éprouvent pour ouvrir la bouche. Si on a soin d'agir avec précaution, d'abaisser la langue, et d'éclairer avec une lumière artificielle l'isthme du gosier, il sera possible d'inspecter la gorge. Les amygdales apparaissent alors tuméfiées, arrondies ; le pilier antérieur se trouve projeté en avant et affecte l'apparence d'une membrane bombée, d'une colora-

tion rouge luisant. Les amygdales peuvent être recouvertes de mucosités jaunâtres, de pseudo-membranes blanches que le doigt enlève avec la plus grande facilité.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX. — La fièvre est en général assez légère. Le thermomètre accuse 39°; mais, lorsque la maladie à un début fébrile, il n'est pas rare d'observer 40°.

Les malades éprouvent quelquefois une réelle difficulté pour respirer, principalement lorsque l'amygdalite est double et a considérablement rétréci l'isthme du gosier; cette difficulté s'accroît avec l'existence d'un coryza.

Ce tableau symptomatique répond à la première phase de l'angine phlegmoneuse, puisque nous considérons cette maladie comme une des terminaisons de l'amygdalite. A cet égard, nous devons le présenter avec tous les détails qu'il comporte, sans nous illusionner sur les terminaisons diverses qui semblent y répondre, c'est-à-dire, la résolution, la guérison ou l'induration, l'hypertrophie des amygdales.

L'amygdalite, avons-nous dit, peut se terminer par suppuration et donner lieu à cet ensemble symptomatique qui définit l'angine phlegmoneuse, l'abcès de l'amygdale. Il est indiscutable que certains sujets sont remarquablement exposés au phlegmon de l'amygdale en vertu d'une tendance spéciale. Quoi qu'il en soit il n'est pas superflu, pour un médecin, de pouvoir annoncer dès le début d'une angine, si elle sera ou si elle ne deviendra pas phlegmoneuse. Le malade se préoccupe de la durée prolongée de sa maladie, se montre anxieux, s'efforce en vain d'avalier, de déglutir, et éprouve une gêne notable de la respiration, en même temps qu'une fièvre intense. Ce n'est pas tout. Il faut ajouter à ces symptômes, alarmants pour un malade, le resserre-

ment des mâchoires, une salivation abondante. Malgré la difficulté excessive que les malades ressentent pour ouvrir la bouche, le médecin parviendra toujours à explorer avec le doigt l'état de la gorge. Le toucher pratiqué dans ces conditions permet de noter que l'amygdale est douloureuse, fluctuante. Cette fluctuation peut manquer, mais, lorsqu'elle existe elle implique l'existence d'une collection purulente. A ce moment précis, le diagnostic s'impose.

Il n'en est pas toujours ainsi. Nous savons que l'amygdalite se termine le sixième jour ; lorsqu'elle persiste, au contraire, nous devons nous montrer méfiants et soupçonner la formation d'un abcès amygdaliën. A ce moment précis, il est utile de prévenir le malade, ne serait-ce que dans le but de le faire patienter.

Après un laps de temps, qui varie entre sept et dix jours, l'ouverture de l'abcès se produit. Si l'abcès est circonscrit, peu étendu, peu abondant, le malade éprouve un soulagement immédiat. Que s'est-il passé ? Après un effort de toux, suivi d'une sensation désagréable, puante dans la bouche, le malade a rejeté une certaine quantité de pus, autrement dit a vidé son abcès.

Quelquefois, au contraire, sans tapage, sans aucun phénomène précurseur, le malade est surpris par cette sensation d'un liquide spécial dans la bouche qu'il avale naturellement. Dans ces deux alternatives, le soulagement est immédiat. Ce soulagement est-il définitif ? Le plus souvent, lorsque l'abcès est péri-amygdalien, cette terminaison est durable. Il n'en est malheureusement pas toujours de même, principalement lorsqu'on a affaire à des abcès parenchymateux, intra-amygdaliens. De nouveaux abcès peuvent successivement se former, se constituer, non seulement

dans la même amygdale, mais même dans l'amygdale du côté opposé.

Si une nouvelle collection purulente s'établit dans la même amygdale, et s'annonce avec une symptomatologie en tous points semblable à la précédente, il faut bien se garder de croire qu'elle aura une durée aussi longue que la première ; dans cette occurrence, en effet, ce deuxième abcès se trouve évacué trente-six heures après ses premières manifestations.

Quoi qu'il en soit, que le pus amygdalien soit évacué en une ou plusieurs séances, nous devons mentionner qu'à partir de ce moment les phénomènes locaux s'amendent considérablement. La salivation est moins abondante, l'écartement des mâchoires plus facile, l'engorgement sous-maxillaire moins douloureux.

L'examen de la gorge est naturellement plus facile : on remarque alors que la coloration rouge de l'isthme est moins intense, que la tuméfaction de toutes ses parties tend à disparaître. Dès le début de la rupture de l'abcès, la muqueuse du pilier antérieur, qui répond à l'amygdale enflammée, offre en un point une coloration grisâtre. Cette surface sphacélée, ayant les dimensions d'une tête d'épingle, quelquefois d'un gros pois, est irrégulière, anfractueuse, se déterge rapidement, prend une coloration rosée et se cicatrise ultérieurement. L'amygdale, elle, apparaît plus ou moins modifiée suivant la répétition des abcès, elle persiste, en général durant un temps variable, hypertrophiée, mais anfractueuse, irrégulière. Tout rentre alors dans l'ordre. Nous n'insistons pas avec raison sur les phénomènes généraux qui se montrent nuls, si ce n'est toutefois au début de l'affection.

L'angine phlegmoneuse, dont la marche progressive est peu grave, ne peut en vérité être confondue avec aucune autre angine. Aussi, ne croyons-nous pas insister plus longtemps sur le diagnostic que le moindre examen direct imposera dans tous les cas. Par contre, nous venons de déclarer que l'angine phlegmoneuse ne comportait pas un pronostic grave. A la vérité, dans l'immense majorité des cas, la guérison est la règle. Les abcès s'ouvrent, en effet, dans l'intérieur de la bouche. Toutefois, on a rapporté quelques cas rares, où le pus, situé profondément, avait décollé la muqueuse pour se porter au dehors, soulevé la peau du cou, disséqué les muscles, fusé dans la région sus-hyoïdienne et jusqu'au-dessus de la clavicule (Velpeau). L'eschare et la gangrène de l'amygdale s'observent rarement; lorsqu'on les observe, elles n'ont pas la gravité des sphacèles secondaires des affections générales, telles que la diphthérie, la scarlatine, etc... Borsieri décrit comme naturelle et spontanée cette terminaison possible de l'amygdalite inflammatoire.

Morgagni aurait fait l'autopsie d'un homme mort en trois jours, à l'âge de 33 ans d'une angine phlegmoneuse. Rilliet et Barthez citent le cas d'une jeune fille qui serait morte, à l'âge de 13 ans, suffoquée le deuxième jour. Chez un malade de Londe, le pus suivit le trajet des vaisseaux du cou et pénétra dans la poitrine. Grisolle rapporte un fait d'hémorrhagie foudroyante par ulcération de la carotide interne par extension d'une inflammation phlegmoneuse dont l'amygdale était le point de départ. Récemment enfin M. Boissard, interne des hôpitaux a communiqué à la Société chirurgicale de Paris l'observation d'un jeune homme de 22 ans qui, atteint d'une angine phlegmoneuse, eut une phlébite suppurée des veines du cou et mourut d'in-

fection purulente. Nous rapportons plus loin cette observation intéressante que nous avons recueillie dans le n° 16, de la *France médicale*, année 1883.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'angine phlegmoneuse est complexe, car il s'adresse aussi bien à la première période dite inflammatoire qu'à la deuxième dite purulente. Nous pouvons établir tout d'abord que toutes les médications ont été employées, puis préconisées pour combattre l'amygdalite simple et ultérieurement l'abcès de l'amygdale. Aussi Trousseau regardait-il l'angine phlegmoneuse comme une de ces maladies qui font la gloire ou le désespoir de toutes les médications. Pourquoi? Par cela même qu'elle guérit spontanément. Etablissons donc en principe qu'aucune médication n'est susceptible de l'enrayer. S'ensuit-il que vous deviez rester inactifs en présence d'un individu atteint de cette maladie? Assurément non, car notre conduite doit tendre à surveiller la marche de la maladie, à atténuer les symptômes de l'affection, à soulager le malade et à hâter à un moment donné la guérison, ainsi que nous aurons l'occasion de l'établir.

Auparavant jetons un coup d'œil rétrospectif sur les méthodes qui ont été conseillées.

Méthode chirurgicale. — Les scarifications, les incisions pratiquées avec la lancette ou le bistouri, la dilacération des parties affectées à l'aide des pinces de Museux, sont autant de procédés nuisibles, car ils augmentent l'irritation, au lieu de la modérer.

Méthode antiphlogistique. — On a conseillé les saignées générales au bras, au pied, aux veines ranines; on a con-

seillé également les sangsues autour du cou, à l'anus, à la vulve : les ventouses scarifiées entre les épaules ou sur les parties latérales du cou. Broussais a même vanté l'application de sangsues jusque dans l'intérieur du pharynx.

Méthode révulsive. — Cette méthode, déclare Trousseau dans ses cliniques, qui consistait dans l'emploi des vomitifs et des purgatifs, est restée en honneur. Nous savons, en effet, qu'un certain degré d'embarras gastrique prélude ou accompagne les phénomènes inflammatoires du côté de la gorge.

Nous savons d'autre part qu'il n'est pas une meilleure médication pour remédier à cet état saburral des premières voies, que celle qui relève de l'ipécacuanha. Quoi qu'il en soit, et nous ne saurions trop le répéter à l'occasion de ces trois médications qui répondent à trois étapes thérapeutiques de l'angine phlegmoneuse, aucune médication n'est capable d'entraver la marche de cette angine dont la guérison est le fait constant. Trousseau n'a jamais vu mourir un malade de cette affection, bien qu'on ait signalé quelques cas malheureux, ainsi que nous avons eu l'occasion de le décrire plus haut.

Ces considérations historiques nous amènent naturellement à définir la thérapeutique que conseillent aujourd'hui nos maîtres, et en particulier M. le professeur Hardy.

Ce traitement, avons-nous dit, varie suivant les formes et les terminaisons de l'amygdalite.

Nous serons bref sur la période inflammatoire et nous laisserons de côté les terminaisons par induration et par hypertrophie, pour nous occuper de l'angine phlegmoneuse proprement dite.

Durant cette première période, le traitement devra être émollient, consistera dans l'emploi de la limonade citrique et des gargarismes simples, à l'exclusion des gargarismes astringents (alun ou borax) dont l'effet est nuisible.

L'eau de guimauve, l'eau d'orge coupée avec du lait, sont les meilleurs médicaments, car ils facilitent l'expulsion des mucosités qui, concrétées sur les amygdales, y déterminent, y provoquent des mouvements de déglutition extrêmement pénibles. Ajoutons quelques pédiluves, restreignons l'alimentation à quelques potages et au lait, et nous aurons le traitement ordinaire de l'angine phlegmoneuse. En somme, nous conseillons ainsi une expectation sage, réfléchie et utile. Il reste bien entendu que l'emploi d'un vomitif (ipéca à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50) se trouve indiqué dès le début, si on constate un certain degré d'embarras gastrique.

A la suite de cette évacuation, il est de règle d'observer une atténuation des phénomènes inflammatoires du côté de la gorge,

L'angine tonsillaire poursuit sa marche au lieu d'entrer en résolution, et de solliciter les astringents; elle se termine enfin par suppuration. Quelle conduite allons-nous tenir? Il convient de continuer l'emploi des émollients, car le contact des médicaments astringents engendre la douleur et prolonge inutilement la maladie. On pourra en même temps recourir aux cataplasmes ou à la ouate appliquée sur le cou.

Le malade sera nourri avec du lait et de la bouillie de viande; il ne faut pas perdre de vue le précepte qu'il importe de nourrir quand même les malades; sinon ils deviennent nerveux et tristes.

L'abcès est formé, existe. Doit-on l'ouvrir? Assurément,

si la constatation de la fluctuation a été préalablement établie. A cet effet, on masquera la lame d'un bistouri avec un morceau de linge ou de diachylon, de telle sorte que la pointe seule reste libre. Le bistouri, ainsi préparé, sera porté sur le point proéminent, saillant, qui répond à la fluctuation. Le pus s'écoulera immédiatement. Le malade est alors soulagé et se croit guéri. Par contre, si le médecin n'a pas perçu la fluctuation, il devra attendre, patienter; s'il agissait autrement, il s'exposerait à pratiquer une opération inutile, ce qui le discréditerait aux yeux de son client, dont le découragement deviendrait désespérant.

Un certain nombre de médecins sont d'avis d'employer les vomitifs dans l'amygdalite suppurée. Des efforts de vomissement sont susceptibles encore de provoquer la rupture de l'abcès avec toutes ses conséquences heureuses. Il ne faut pas, néanmoins, s'illusionner sur un pareil résultat, car il ne répond pas toujours à l'attente souhaitée.

Les malades atteints d'angine phlegmoneuse, enfin, seront astreints à une hygiène sévère : ils devront garder la chambre, éviter de parler, et seront exclusivement nourris avec des aliments liquides. Malgré tout, nous devons reconnaître que les malades prédisposés aux abcès de l'amygdale se montrent réfractaires à tous les moyens abortifs. Le jour où ils commencent une amygdalite, on peut être assuré qu'elle parcourra toutes ses phases pour aboutir à la suppuration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Augine phlegmoneuse (abcès répétés de l'amygdale). Guérison.

(Observation recueillie dans le service de la clinique médicale de la Charité.)

La nommée Leguen, (Joséphine,) âgée de 27 ans, domestique, est entrée le 7 février 1883, salle Sainte-Anne, lit n° 15, dans le service de M. le professeur Hardy.

Pas d'antécédents de famille.

Cette malade jouit d'une bonne santé et est bien réglée.

En septembre 1881, elle a déjà été soignée pour une angine phlegmoneuse très intense; on lui a fait alors une ponction au bistouri dans l'amygdale du côté gauche; immédiatement après cette ponction il s'est écoulé un peu de sang, la malade a été un peu soulagée et guérit au bout de deux jours, probablement par rupture de l'abcès.

Au mois de janvier 1882, elle a eu une seconde angine tonsillaire avec tuméfaction considérable et suppuration de l'amygdale gauche; elle s'est soignée chez elle avec des gargarismes émollients et cinq jours après le début de l'inflammation l'abcès s'est ouvert spontanément et a donné issue à une quantité assez considérable de pus. Il en résulta un soulagement immédiat et la guérison fort peu de temps après.

Depuis un an elle n'avait pas souffert de la gorge. Il y a trois jours, probablement sous l'influence d'un refroidissement, elle est prise d'un malaise général avec des frissons répétés, céphalalgie, courbature, fièvre, anorexie. Le lundi matin elle commença à souffrir.

frir dans le fond de la gorge, surtout du côté gauche. Elle avait en même temps de la peine à avaler et crachait beaucoup.

Le soir de son entrée à l'hôpital nous la trouvons dans l'état suivant.

Facies congestionné. Salivation abondante. Difficulté d'écarter les mâchoires. Ganglions sous-maxillaires douloureux à la palpation. Surdité gauche. Les liquides reviennent par la narine gauche,

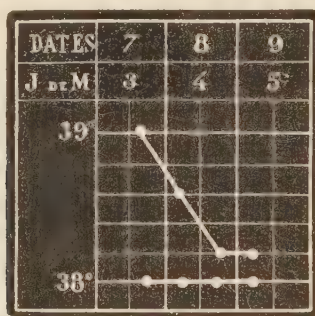
L'isthme du gosier est d'un rouge luisant, les piliers sont tuméfiés les amygdales gonflées, le pilier antérieur gauche, très volumineux est tendu, masque l'amygdale correspondante offre une coloration rouge violacée, luisante, et deux points jaunâtres ayant les dimensions d'une grosse tête d'épingle. Déglutition pénible douloureuse.

Pas d'éruption herpétique.

Cœur. Souffles systoliques légers à la pointe et à la base.

Les autres organes sont sains.

Fièvre intense. Insomnie. Temp. 39°. Pouls, 100.



Urines normales. — 8 février. Les deux amygdales et la luette sont très rouges et volumineuses, le côté gauche de l'isthme du gosier, tendu, saillant, présente à son centre un petit point blanc, crémeux; les ganglions sous-maxillaires sont indurés et douloureux à la pression.

La langue est blanche et la malade éprouve dans la bouche une saveur désagréable.

Outre son mal de gorge et la sensation douloureuse qu'elle éprouve à chaque mouvement de déglutition, la malade accuse une

céphalalgie très violente avec irradiation dans la nuque et jusque dans les bras ; ces douleurs l'empêchent de dormir.

Rien du côté des autres organes.

Pas d'albumine dans l'urine. T. M. 38,6. P. 100.

Traitement. Ipéca 1 gr. 50. Gargarismes émollients.

Le 9. La malade souffre davantage du côté gauche ; elle a une salivation considérable, elle ne peut pas écarter les mâchoires ; on constate un engorgement ganglionnaire, surtout à gauche, où semble se circonscrire toute l'affection. La température est de 38,2 et le pouls à 100. Les liquides qui refluaient hier soir par la narine gauche, suivent aujourd'hui leur cours normal. La malade croit éprouver la sensation d'un nouvel abcès.

Le 10. La malade souffre moins ; elle a un peu de surdité, la voix nasonnée et une salivation considérable ; elle a une température de 38° et 100 pulsations ; la langue est chargée ; il y a impossibilité d'écarter les mâchoires, l'amygdale gauche est douloureuse au toucher, on sent manifestement quelques ganglions à gauche.

Le 11. Le soir l'abcès a percé et a donné issue à une cuillerée de pus épais, crémeux, bien lié, de bonne nature. Alors la malade s'est trouvée un peu soulagée, il lui est toujours impossible d'écarter les mâchoires.

Le 12. Mêmes phénomènes que la veille, on soupçonne la formation d'un autre abcès. A partir de ce moment surgissent les mêmes phénomènes qui ont signalé l'angine pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital.

Tous ces symptômes s'accroissent jusqu'au 16 février.

Le 17. La malade accuse une difficulté de plus en plus grande pour écarter les mâchoires : la salivation se montre plus abondante la déglutition devient pénible.

L'examen de la gorge révèle une rougeur diffuse, une tuméfaction des piliers antérieurs masquant les amygdales, un léger œdème de la luette. L'isthme du gosier se trouve ainsi notablement rétréci d'où une certaine gêne pour parler ou respirer. Le doigt introduit dans la bouche permet de constater une fluctuation manifeste au niveau du pilier antérieur gauche.

Rien dans les autres organes.

Céphalalgie. — Insomnie. Courbature générale. Embarras gastrique fébrile léger.

Traitement. — Gargarisme émollient. Ipéca, 1 gr. 50 en 2 paquets.

Le 18. Ce matin, après une nuit calme, avant d'avoir pris l'ipéca prescrit la veille, la température est notablement abaissée.

En vomissant, la malade rend un liquide nauséabond qu'elle dit être du pus. L'écartement des mâchoires est toujours limité, la salivation moins abondante. La gorge est rouge, luisante. Les amygdales volumineuses apparaissent nettement. Le pilier antérieur gauche, très rouge, est saillant et fluctuant au doigt.

Même traitement.

Le 19. Même difficulté d'écarter les mâchoires. Isthme toujours rétréci par amygdales et piliers rouges, tuméfiés, principalement à gauche. Absence de phénomènes généraux.

Le 20. La malade ouvre mieux la bouche, sans douleur. Salivation peu abondante. L'isthme du gosier est moins rétréci, la rougeur des piliers est moins intense. Le toucher des amygdales ne dénote aucune sensation de fluctuation.

État général satisfaisant. Quelques coliques avec constipation.

Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 21. La malade ouvre facilement la bouche. Pas de salivation. La douleur sous-maxillaire a disparu. L'isthme du gosier est rouge vif, les amygdales sont rétractées, la gauche est anfractueuse, irrégulière, inégale. Le pilier correspondant gauche n'est plus tuméfié, mais offre une coloration rosée. Aucun trouble de la déglutition. État général excellent.

Le 26. Depuis le 21 février, l'amendement des symptômes persiste, mais l'isthme du gosier est toujours rosé et l'amygdale gauche apparaît manifestement anfractueuse, déchiquetée.

Guérison définitive, persistante, le 1^{er} mars.

Nous devons à l'obligeance de M. le D^r Albert Josias, chef de clinique de M. le professeur Hardy, les deux observations qui suivent :

OBSERVATION II.

Angine phlegmoneuse (côté gauche). Début le 10 janvier 1882.
Ouverture naturelle de l'abcès le 19 janvier ; guérison le 24 janvier.

La nommée Goyer (Joséphine), âgée de 30 ans, passementière, entre le 18 janvier 1882, salle Sainte-Anne, n° 30, dans le service de M. le professeur Hardy.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Etant enfant a eu la fièvre typhoïde et la variole. Pas de rhumatisme. Pas de syphilis. Jamais d'attaques de nerfs. Pas de palpitations. A eu un enfant il y a dix ans.

Cette malade a toujours joui d'une bonne santé, mais déclare être très sujette aux maux de gorge. Dès son enfance, le moindre refroidissement déterminait une angine d'intensité variable.

Il y a trois ans elle fut soignée dans le service de M. le professeur Hardy pour une angine absolument semblable à celle pour laquelle elle vient de solliciter son entrée à l'hôpital de la Charité.

La déglutition était très pénible, l'écartement des mâchoires très douloureux et très limité, les boissons et les aliments liquides revenaient par le nez. La malade accusait alors du côté de la gorge la sensation d'une tumeur, qui quelques jours après disparaissait après avoir donné lieu à un écoulement de pus.

La malade avait de la fièvre, de la céphalalgie. Le pus évacué, la malade ne tarda pas à guérir.

Depuis cette époque, la santé a été excellente.

Il y a huit jours environ, après un refroidissement, dit-elle, elle fut prise d'un mal de gorge.

Elle ressentit d'abord une légère douleur en avalant les solides; puis les liquides à leur passage dans l'œsophage provoquaient une sensation désagréable, la déglutition fut douloureuse.

On lui prescrivit alors un ipéca et des gargarismes.

Lorsque la malade veut boire elle ne peut avaler qu'au prix des efforts les plus douloureux; la plus grande partie du liquide revient par la narine droite.

L'écartement des mâchoires est très limité et, depuis cinq ou six jours, occasionne une douleur vive.

Céphalalgie intense en même temps que bourdonnements et douleurs d'oreilles, exaspérés par les tentatives de déglutition de la salive.

Le côté gauche du cou est à peine tuméfié.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont douloureux au palper et très légèrement empâtés.

Au pourtour des lèvres, on constate des saillies papuleuses et érythémateuses survenues, paraît-il, il y a trois jours, mais elles ne sont nullement vésiculeuses.

La langue est saburrale, rouge à la pointe et sur les bords; l'appétit nul.

Pas de diarrhée, ni de constipation.

Examen de la gorge. — Tout le pilier antérieur gauche très tuméfié, d'un rouge luisant fait une saillie notable dans la bouche ; et rétrécit l'isthme du gosier en refoulant la luette à droite.

Derrière le pilier ainsi enflammé, on voit saillir l'amygdale gauche.

En aucun point on ne trouve d'exsudat blanchâtre.

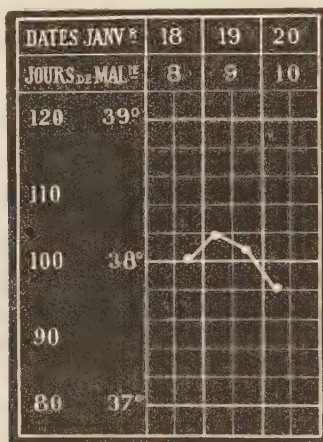
Le toucher de la tumeur dénote une fluctuation évidente.

A droite. On ne constate rien d'anormal. Pas ou presque pas de rougeur.

Cœur. La percuSSION et l'auscultation ne révèlent rien.

Poumons. Respiration normale.

Urines. Les urines sont d'un jaune citrin et ne contiennent ni sucre ni albumine.



19 janvier. Ce matin, à 6 heures, la tumeur s'est ouverte spontanément et la malade aurait rejeté, plein son crachoir, un liquide purulent et sanguinolent.

L'examen de la gorge laisse voir une petite ulcération grise sur la partie interne de l'amygdale. C'est probablement l'orifice qui a donné issue au pus.

Le 19 janvier soir, la tuméfaction du pilier antérieur gauche a diminué de moitié. La malade raconte que le matin en se réveillant elle a eu la sensation d'un liquide épais envahissant sa bouche.

Elle a immédiatement rejeté ce liquide qui était verdâtre, purulent.

L'examen de la gorge dénote une tuméfaction moindre du pilier et de l'amygdale du côté gauche et permet de constater sur l'amygdale une partie blanchâtre.

Le 20. L'écartement des mâchoires ne se fait encore qu'imparfaitement et incomplètement. L'amygdale gauche est très apparente et montre un point blanchâtre qui n'est autre que la petite ulcération qui a donné issue au pus.

Les liquides ne reviennent plus par le nez.

La déglutition est possible et de moins en moins pénible.

L'état général est excellent.

Tous ces phénomènes s'amendent de plus en plus. L'appétit renaît et la malade quitte l'hôpital complètement guérie le 24 janvier 1882.

OBSERVATION III.

Angine phlegmoneuse (côté droit). Début le 5 janvier 1883. Ouverture naturelle de l'abcès le 13. Guérison le 17 janvier.

Le nommé Fajot (Marcel), âgé de 21 ans, employé de commerce, entré le 11 janvier 1883, salle Saint-Charles, lit n° 9 *bis*, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère et sœur mortes tuberculeuses.

Antécédents personnels. — Rougeole et varioloïde. Etant enfant, aurait eu de la gourme, du coryza, mais nie avoir été sujet aux maux de gorge. Adénopathie généralisée.

Le 5 janvier 1883, dans la nuit, sans prodromes, a éprouvé une douleur au niveau de l'angle postérieur droit du maxillaire inférieure à quelques bourdonnements.

Depuis ce moment la déglutition est pénible et les mouvements de la mâchoire sont limités.

Depuis le 10 janvier, toux légère, salivation abondante, fièvre et insomnie.

État actuel. — Les mouvements de la tête occasionnent une douleur telle que le malade s'immobilise. La tête, en effet, est maintenant inclinée sur l'épaule droite. La déglutition est doulou-

reuse, le malade peut néanmoins avaler des liquides, mais au prix de nombreux efforts.

La voix est légèrement affaiblie, aucun trouble de la respiration. Toux légère, et suivie d'une expectoration difficile et peu abondante.

Le malade rend par expectation une salive muqueuse, fluide.

Quelques bourdonnements d'oreilles, pas de surdité. Très léger gonflement du cou. Douleur à la pression.

Inappétence, diarrhée.

La palpation fait découvrir de l'empâtement profond.

La langue est saburrale.

L'examen de la gorge permet de noter :

1° Une rougeur très vive de la muqueuse dans toute la partie droite du voile du palais, de l'amygdale et des régions voisines.

2° Que la muqueuse est manifestement tuméfiée et œdématiée, ce qui lui donne un aspect lisse ; il en est de même de la luette qui ne paraît pas œdématiée.

3° Qu'au niveau de l'amygdale droite il existe une tumeur ayant les dimensions d'un *œuf de pigeon*. Cette tumeur est lisse, ne présente pas de dépression, ni d'anfractuosités à sa surface. Elle s'avance au delà de la ligne médiane et s'accole à la luette.

Cette tumeur est dure, résistante.

La muqueuse est lubrifiée.

On constate en outre un écoulement abondant de salive visqueuse.

Par le toucher on constate que la tumeur amygdalienne est dure, non fluctuante.

Poumons. — Normaux.

Cœur. — Palpitations fréquentes. La pointe bat à trois travers de doigt au-dessous du mamelon gauche. Léger souffle systolique rude à la pointe du cœur.

12 janvier. Aggravation. La constriction des mâchoires est plus accentuée. La douleur à la pression plus vive. Le gonflement de la région amygdalienne plus exagéré. Pas de fluctuation. Déglutition extrêmement difficile. Les boissons reviennent un peu par le nez.

Le 12 (soir). Les liquides avalés reviennent par le côté droit du nez. Voix nasillarde.

Toux fréquente, grasse ; expectoration pénible, salivation abondante.

Le malade ouvre difficilement la bouche.

Le côté droit de la face est tuméfié, principalement au niveau de l'angle postérieur droit de la mâchoire inférieure, les ganglions sous-maxillaires sont légèrement indurés et sensibles au toucher.

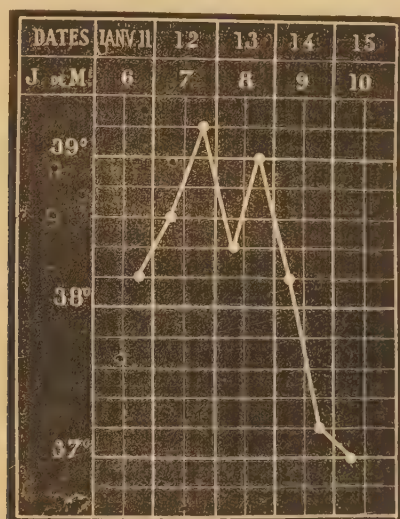
Examen de la gorge. — Le côté droit de l'isthme du gosier, répondant au pilier antérieur, présente une tuméfaction notable, rosée, luisante, sans aucun exsudat.

Le palper de la tuméction est douloureux et permet de constater de l'empâtement.

Le malade écarte moins les mâchoires.

Rien dans la poitrine.

Rien au cœur.



Pouls, 108. Température, 39°2.

Pas d'albumine dans les urines.

Quantité d'indican considérable.

Constipation. Pas de selles depuis deux jours.

Le 13. Amélioration de l'état général.

L'abcès de la gorge s'est probablement ouvert à l'insu du malade; le malade, en effet, n'a pas vu de pus, mais il raconte avoir craché un liquide qui suintait et puait dans sa bouche.

Les mâchoires s'écartent mieux.

Joan.

5

Le crachoir du malade est rempli de crachats muqueux, aérés, peu sanguinolents. Le côté droit de la face et du cou est moins tuméfié. Le malade déglutit plus facilement.

L'examen de la gorge permet de constater une rougeur et une tuméfaction sensible du côté droit de l'isthme du gosier, sans aucun exsudat. Le palper de ce côté ne dénote aucune fluctuation.

La fièvre est tombée.

Le 13 (soir). Pouls, 100, plein, régulier.

Crachats aérés, non purulents.

Facies. — Le côté droit est tuméfié; pas d'empâtement sous-cutané. Le malade ouvre un peu mieux la bouche, écarte plus facilement les mâchoires, mais encore incomplètement.

A l'examen de la gorge, on constate que le pilier antérieur droit présente une saillie considérable occupant la moitié de l'isthme du gosier. Cette saillie est rosée, luisante, légèrement bombée, pseudo-fluctuante, à peine douloureuse.

Les aliments liquides ne ressortent plus par le nez.

Il boit très bien. Salivation abondante. Toux rare.

Rien dans la poitrine. Céphalalgie frontale légère.

Déglutition très pénible.

Pas de surdité.

Pas de bourdonnements d'oreilles.

Le 14. Même état.

Le 15. L'amygdale droite apparaît plus nettement; le pilier antérieur droit tend à s'effacer de plus en plus, ce qui permet de remarquer l'existence d'un petit crypte par où le pus a dû s'écouler. Les crachats deviennent rares. Etat général bon.

Le 17. Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION IV.

Angine phlegmoneuse. Phlébite suppurée des veines du cou. Abscess métastatiques du poumon. Mort par infection purulente.

(Par M. Alb. Boissard, interne des hôpitaux, France médicale, année 1883, n° 16.)

Dans le cours de notre passage à l'hôpital Necker, comme interne du Dr Rigal, nous avons observé les faits suivants qui nous

ont paru intéressants à rapporter et dignes de fixer un instant l'attention.

Le nommé Vaugouin (Louis,) âgé de 22 ans, entre le 19 novembre 1882 à l'hôpital Necker, dans le service du D^r Rigal.

Bien portant jusqu'aujourd'hui, ce malade, qui n'est ni un rhumatisant ni un alcoolique, a été pris il y a cinq jours de douleurs assez vives dans la gorge, se faisant sentir surtout pendant les mouvements de déglutition.

En même temps il était pris de fièvre avec quelques petits frissons, et apparaissait une légère adénite sous-maxillaire.

A l'examen de la gorge on constate une rougeur vive et diffuse du voile du palais, de plus l'amygdale du côté gauche est tendue, luisante et saillante dans l'isthme du gosier, pas de fluctuation bien nette; pouls plein et fréquent, température 40,9.

Traitement. — Cataplasmes et gargarismes émollients.

Le lendemain, l'abcès amygdalien s'ouvre spontanément, et le malade crache du pus en assez grande quantité; les douleurs diminuent à partir de ce moment, et la température s'abaisse à 39°.

Cependant le malade, loin de se relever, tombe bientôt dans un état de prostration qui fait craindre un début de fièvre typhoïde; jusqu'au dimanche 19, même aspect typhoïde; ballonnement du ventre, persistance de la fièvre qui oscille entre 39,5 et 40; la rate paraît un peu grosse, mais il n'y a pas de taches rosées lenticulaires pas de diarrhée.

Le dimanche 19, à la visite du matin, nous trouvons le malade encore plus affaibli; sueurs froides et profuses sur tout le corps, dyspnée très intense, sans frisson préalable.

A l'auscultation des poumons, nous trouvons dans le lobe moyen du côté gauche, du souffle accompagné de râles crépitants; nombreux râles muqueux à la partie inférieure du côté opposé.

Vers une heure, le malade tombe dans le coma absolu, la respiration est suspirieuse, la température monte à 41,2 et la mort arrive à 5 heures sans avoir été précédée de frissons.

A l'autopsie on trouve les deux poumons farcis d'abcès métastatiques puriformes, dont la grosseur varie entre celle d'une noisette et celle d'une petite mandarine. Congestion diffuse et très intense des deux bases.

Le cœur est en diastole, flasque, pâle, renfermant de nombreux caillots cruoriques diffluent; point d'endocardite.

Le foie, la rate, les reins sont sains et ne renferment point d'abcès métastatiques.

Pas d'ulcérations intestinales.

En disséquant la région carotidienne du côté gauche on arrive sur un gros ganglion rétro-maxillaire mou et renfermant du pus ; en outre, les veines profondes du cou, la pharyngienne inférieure, la maxillaire interne et la jugulaire interne présentent un épaissement de leurs tuniques et contiennent du pus dans leur calibre.

Les différents sinus de la dure-mère sont sains.

En résumé, nous voyons à la suite d'une angine phlegmoneuse aboutissant à un abcès ouvert spontanément à l'hôpital, nous voyons, disons-nous, se développer une phlébite suppurée des veines profondes du cou, qui a entraîné la mort du malade par infection purulente, cinq jours après son entrée à l'hôpital.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHOMEL et BLACHE. — Dict. en 30 vol., t. III.
- DESNOS. — Art. Amygdales et Angine, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, 1864.
- LASÈGUE. — Traité des angines, 1866.
- MARROTTE. — Réflexions sur un cas d'amygdalite aiguë compliquée de névralgie et d'hémorrhagies périodiques de la même région. Bulet. de therap., 1875.
- TRIDEAU. — Quelques conseils sur l'emploi des balsamiques comme agents abortifs de la diphthérie pharyngienne et des angines catarrhales aiguës. Gaz. hebd., 1877.
- DAMASCHINO. — Maladies des voies digestives, 1880.
- JACCOUD. — Traité de pathologie interne, 7^e édition, 1883.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales, t. I, p. 353.
- BORDÈPES. — Des abcès du pharynx consécutifs aux angines. Thèse de Strasbourg, 1863.
- BOURGUET. — Angine tonsillaire droite, abcès du cou, hémorrhagie, mort. Gaz. hôp., 1875.
- PETERSON. — Angino phlegmonosa, 1877.
- VERNEUIL. — Nature de l'amygdalite phlegmoneuse. Gaz. hôp., 1879.
- E. VIDAL. — Dict. encyclopédique des sciences médicales.
- HARDY et BÉHIER. — Traité de pathologie interne.
- LONGE. — Dict. de médecine pratique, t. II, p. 309.
- G. HAYEM. — Revue des sciences médicales.
- BOISSARD. — France médicale, 1883.
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne.
-



QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Aponévroses de l'abdomen.

Physiologie. — Fonction du nerf facial.

Physique. — Courants thermo-électriques, thermo-multiplicateurs.

Chimie. — De l'ammoniaque.

Histoire naturelle. — Des influences, comment les divise-t-on ? Quelle est leur valeur pour la détermination des genres et des espèces ?

Pathologie externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — Des lésions valvulaires du cœur.

Pathologie générale. — De la fièvre.

Anatomie et histologie pathologiques. — De la dégénération de la substance grise de la moelle épinière.

Médecine opératoire. — Des diverses méthodes opératoires de la cataracte.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont les cantharides pour base.

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique; phénomènes de la putréfaction modifiés suivant les milieux, le genre de mort, l'âge et diverses circonstances.

Accouchements. — De l'inertie utérine.

Vu, le Président de thèse :

HARDY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

